

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

N° 512

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert BEQUIGNON

Né le 28 octobre 1908 à Clermont-Ferrand

Contribution à l'étude de la technique

des

Opérations Césariennes Basses
dans les cas infectés

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

E. DE BOCCARD, ÉDITEUR

1, Rue de Médecis, 1

1935

210

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152011_0061

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert BEQUIGNON

Né le 28 octobre 1908 à Clermont-Ferrand

Contribution à l'étude de la technique

des

Opérations Césariennes Basses

dans les cas infectés

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

E. DE BOCCARD, ÉDITEUR

1, Rue de Médicis, 1

—
1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAINEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A. M LE PROFESSEUR CYRILLE JEANNIN

*Qui a bien voulu inspirer
cette thèse et la présider.*

Très respectueux hommage.

A M. LE DOCTEUR ROBERT MERGER

La césarienne tardive est celle que l'on pratique chez une femme en travail depuis plus ou moins longtemps ; le contenu utérin est alors suspect d'infection ou franchement infecté. L'infection ou le risque d'infection domine alors la question de l'intervention abdominale. Elle en constitue le principal, presque le seul, facteur de gravité et de mortalité.

Il nous a semblé intéressant de réunir dans cette thèse les observations des césariennes tardives pratiquées à la Clinique Obstétricale de la Pitié, selon la technique d'exclusion du segment inférieur que M. le Professeur Jeannin a conçue le premier, (voir thèse Engelhard, 1926), qu'il a réalisée le 13 juin 1925, et qui parfaitement au point, est actuellement couramment pratiquée. Nous verrons que grâce à cette technique, l'intervention considérée jusqu'à ces dernières années comme risquée, offre désormais une grande sécurité : la mortalité a été absolument nulle.

Dans un court chapitre, nous retracerons les grandes lignes de l'histoire des césariennes. Nous nous efforcerons de montrer comment les auteurs, en modifiant ou en imaginant des techniques et précisant les indications, semblent avoir constamment cherché à lutter contre l'infection, même dans les cas purs. La

césarienne basse de plus en plus généralement usitée, permet, grâce à la technique imaginée par M. Jeannin, d'éviter l'hystérectomie jusqu'alors formellement indiquée dans les cas infectés, ne réservant celle-ci qu'aux seuls cas où l'infection est grave et déclarée ; et cela avec une sécurité indiscutable, car la mortalité de ces interventions transpéritonéales sur un viscère septique a été nulle, depuis dix ans, à la Clinique de la Pitié.

Nous en apporterons comme preuve les observations recueillies à ce sujet dans le service de M. le Professeur Jeannin.

Enfin nous terminerons en rappelant les grandes lignes de la technique de la césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et drainage à la Mickulicz, telle qu'elle est pratiquée et enseignée par M. le Professeur Jeannin, et en précisant ses indications.

HISTORIQUE

La césarienne corporéale

Après 1880, grâce à l'asepsie chirurgicale, la césarienne ne fut plus une opération très meurtrière : il persistait cependant une mortalité maternelle élevée (22 % d'après Sureau). Harris, un des premiers, en 1883, attira l'attention sur l'avantage de pratiquer l'opération précoce ; la séparation des cas purs et des cas infectés fut bientôt mise en valeur. Des règles formelles furent prescrites par les partisans de la césarienne corporéale : la césarienne ne doit être entreprise qu'avant le début du travail. Passé ce délai, il faut recourir à un autre mode d'intervention, ou à l'hystérectomie. « A la vieille césarienne classique appartient un domaine précis : celui des cas purs où le risque d'infection paraît nul ». (Bar, Académie de Médecine, 1919), si une telle formule avait l'avantage de réduire au minimum la mortalité de l'opération, elle avait d'autres conséquences :

1° Lorsqu'on était dans la nécessité d'intervenir chez une femme examinée pour la première fois pendant le travail, on devait, soit recourir à des opérations jugées mauvaises, (versions, forceps au

détroit supérieur, pubiotomie), soit stériliser la femme par hystérotomie.

2° La césarienne prophylactique conduisait à l'extraction d'enfants souvent prématurés ; surtout à la suppression de l'épreuve du travail, donc à la pratique de césariennes inutiles.

Ces désavantages devaient remettre en faveur la césarienne pratiquée pendant le travail, cependant que la connaissance de ses dangers faisait rechercher des garanties de sécurité.

Des modifications tendant à lutter contre l'infection primitive opératoire furent apportées au procédé classique : d'aucunes dérivent d'ailleurs plus des principes de chirurgie générale que de l'emploi de la césarienne en particulier. Telles l'extériorisation de l'utérus avant l'hystérectomie (Couvelaire, 1909) la pose de pinces de Museux fermant, pendant le temps utérin, la cavité abdominale derrière l'utérus (Lepage), le changement de gants et d'instruments après la fermeture utérine... Dans la plupart des cas, on se défend avec efficacité contre l'infection primitive. Mais le véritable problème, c'est surtout la défense contre l'infection secondaire.

Nous ne ferons que rappeler les méthodes qui visent à lutter contre l'infection secondaire, telles que péritonisation de la suture (Fabre, Le Lorier, Zarate, Brouha), le recouvrement de la cicatrice par l'épi-

ploon, le drainage par voie vaginale. Quant au drainage par voie abdominale, il est insuffisant ; le Mikulicz lui-même n'est pas satisfaisant (Zarate, 1914) ; il se déplace avec les mouvements de l'utérus, situé trop au large dans l'abdomen, il ne peut jouer son rôle de barrière protectrice.

Bien plus intéressants sont deux procédés utilisant l'incision corporéale ; nous voulons parler de l'opération de Lestoquoy-Kouver avec extériorisation de la cicatrice, suturant, avant l'ouverture de l'œuf, la paroi utérine à la paroi abdominale.

Plus connue en France est l'opération de Portes, réalisée pour la première fois en 1923, à la maternité de Port-Royal, avec extériorisation temporaire de l'utérus, assurément très efficace, mettant rigoureusement à l'abri cavité péritonéale et tissu cellulaire sous péritonéal : cependant les résultats en sont encore aujourd'hui très difficiles à interpréter.

La césarienne basse

Ainsi, malgré les efforts des auteurs, la césarienne corporéale ne dépassait guère les limites que lui prescrivit Bar. En 1921, Schickelé réussit à introduire dans notre pays une technique que M. Brindeau régla d'une façon parfaite. L'incision césarienne pratiquée sur le segment inférieur fut rapidement et généralement adoptée, même dans les cas purs. Dans

les cas infectés, elle est préférable à la césarienne corporeale car elle met mieux à l'abri de la péritonite secondaire par mise du foyer hors de la grande cavité péritonéale. Les statistiques de la Clinique de la Pitié montrent que, la morbidité si reste encore élevée dans les cas infectés, la mortalité est bien moindre qu'après la césarienne corporeale. La césarienne basse constitue, dans les cas infectés, un réel progrès mais l'infection reste possible : contamination primitive du péritoine car on n'extériorise pas l'utérus, contamination secondaire, par déchirure, infection sous-jacente. Excellente opération dans les cas non infectés, c'est encore une bonne opération lorsqu'elle est employée pendant le travail, s'il n'existe pas de signes cliniques d'infection, même si les membranes sont rompues depuis longtemps. C'est une opération insuffisante par contre dans les cas franchement infectés. Aussi a-t-on cherché d'autres modalités susceptibles d'en étendre les indications avant d'atteindre l'ultime ressource de l'hystérectomie : Sellheim, Lasko, Doderlein, Solms, Dührssen, décrivirent des procédés extra-péritonéaux. Baumann, Fromme, Fraipont, réalisaient l'exclusion temporaire de la cicatrice ; Frank, Sellheim, l'exclusion définitive. M. J. L. Faure conseilla la mise en place d'un Mikulicz sur le péritoine segmentaire reconstitué.

C'est sur ces entrefaites que M. le Professeur Jean-

nin alliant l'idée de Sellheim (extériorisation de la cicatrice) à celle de J. L. Faure (Mickulicz) réalisa pour la première fois à la Maternité de la Pitié en 1825 la césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz.

Nous ne saurions cependant aller plus avant sans signaler les communications de Michon. Les mêmes préoccupations conduisaient cet auteur quelques années après M. C. Jeannin à définir une méthode assez analogue ; l'auteur réunit par des pinces les deux feuillets péritonéaux, incisés, le pariétal verticalement, le viscéral transversalement. Michon « réalise ainsi l'exclusion de la zone opératoire », exclusion qui, passagère au cours de la césarienne basse lutte contre la péritonite primitive, mais peut être maintenue temporairement en laissant les pinces à demeure, et avec un drainage par mèches appliquées sur la zone opératoire, lutte dès lors contre la péritonite secondaire.

Cette intervention, à laquelle nous ne reprochons que l'emploi de pinces à demeure, à vrai dire peu chirurgical, a été couramment employée depuis la communication de son auteur, même à la Clinique de la Pitié comme nous pourrions le montrer par plusieurs observations, ce toujours à la plus grande satisfaction des praticiens. Seule, sa technique diffère sensiblement de celle de la césarienne basse avec exclusion du seg-

ment inférieur, cul de sac péritonéal et Mickulicz ; son but et son principe sont analogues et nous ne saurions trouver meilleur argument à l'excellence du procédé que ce fait que les mêmes idées directives aient présidé à l'élaboration de deux techniques analogues par deux chirurgiens différents.

Nous rappellerons cette observation princeps, empruntée à l'article publié par Merger (*Revue Gynécologie et Obstétrique*, 1933, n° 5 et 6).

Mme D., Yvonne, primipare de 32 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 13 juin 1925. Elle est entrée en travail d'accouchement au terme de sa grossesse. Examinée à dix heures par M. le Professeur Jeannin, elle se trouve dans les conditions suivantes : le travail dure depuis 48 heures, et les membranes se sont rompues dès le début du travail. En ville, on a fait des tentatives de dilatation manuelle du col et injecté de l'extrait de lobe supérieur d'hypophyse. Le fœtus est de volume normal. La tête, qui se présente au détroit supérieur en droite transverse, n'est pas engagée ; les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre, le col est dilaté comme une petite paume de main, le bassin présente un raccourcissement modéré du type plat. Les battements du cœur fœtal sont accélérés et assourdis.

Les contractions utérines espacées. L'état général de la femme est médiocre : fatigue extrême, température à 38, pouls à 110. Les conditions opératoires

d'une césarienne classique n'étant pas satisfaisantes, M. Jeannin réalise l'exclusion du segment inférieur. Mickulicz. On a extrait un enfant pesant 3.200 gr., en état de mort apparente que l'on n'a pas pu ranimer.

Les suites opératoires furent marquées le deuxième jour par un dramatique accès de dyspnée paroxystique par œdème de la glotte, pour lequel on dut pratiquer la trachéotomie. Mais, dès le quatrième jour, les suites opératoires devinrent satisfaisantes. Le 20 juin, on retire le Mickulicz, le 19 juillet, la femme quitte le service en bon état de santé.

Mme D., est devenue à nouveau enceinte en 1929. Sa deuxième grossesse a évolué normalement. Au début du travail, en 1930, M. Chomé a pratiqué une césarienne itérative segmentaire classique, dans l'exécution de laquelle il n'a pas rencontré de difficultés techniques. Le décollement du péritoine et de la vessie s'est effectué sans incident et la reconstitution du péritoine a été normalement exécutée après la suture segmentaire. On a extrait un enfant vivant, les suites de couches ont été apyrétiques.

M. Merger a examiné Mme D., en novembre 1932. Elle est en bon état de santé.

Nous empruntons à ce même article déjà cité le schéma des huit césariennes avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz, pratiquées de 1927 à 1932.

Mme V., 8 juin 1927. Ipare, 35 ans. Bassin générale-

ment rétréci. Long travail avec œuf ouvert. Intervention (MM. Jeannin-Denoy). Enfant vivant. Suites normales.

Mme M., 11 juin 1927, Ipare, 20 ans. Bassin généralement rétréci. Signes d'infection ovulaire. Intervention (M. Denoy, Mlle Boegner). Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Mme D., 18 octobre 1929. Ipare, 34 ans. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 40 heures. Touchers suspects. Signes de souffrance fœtale. Température, 37°1. Intervention (MM. Jeannin, Surcau). Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Mme M., Suzanne, 11 février 1932. Ipare, 26 ans. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 48 heures. Rupture des membranes au début du travail. Température 39. Intervention (M. Jeannin, Mlle Gautheron). Enfant né vivant, mort à 24 heures. Suites opératoires normales.

Mme B., Claire, 4 avril 1932. Ipare, 22 ans. Bassin rétréci. En travail depuis 36 heures. Rupture des membranes depuis la même époque. Température 37°3. Intervention (MM. Jeannin, Merger). Enfant vivant. Suites opératoires légèrement fébriles. Revue en février 1933. Bon état de santé. Utérus fixé en avant comme après une hystéropexie isthmique.

Mme P., Rosalie, 28 juillet 1932. Ipare, 32 ans. Bassin rétréci. En travail depuis 21 heures. Membranes

rompues depuis 12 heures. Température 39°. Intervention (M. Chomé, Mlle Gautheron). Enfant vivant. Suites opératoires rapidement apyrétiques.

Mme V., Mathilde, 10 août 1932. Ipare, 29 ans. Travail durant depuis 48 heures avec œuf ouvert. Disproportion fœto-pelvienne marquée. Oedème du col. Température à 38°5. Intervention (M. Chomé, Mlle Boegner). Suites opératoires : Température à 37° à partir du troisième jour. Enfant vivant.

Mme B., Marguerite, 8 octobre 1932. Ipare, 32 ans. Très long travail. Accélération du pouls. Température normale. Intervention (MM. Chomé, Merger). Enfant vivant. Suites opératoires normales.

A noter que, dans les cinq premiers cas, l'incision péritonéale a été franchement transverse et n'a pas intéressé le fascia transversalis. Dans les trois derniers cas la technique a été exactement celle que nous décrivons et qui a été employée dans les observations récentes et inédites que nous apportons dans cette thèse.

Nous allons maintenant rapporter six observations nouvelles inédites, de césariennes basses, avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz, pratiquées à la Clinique Obstétricale de la Pitié depuis la communication de Merger.

Observation I. — 3 mai 1933, Mme Vig...

Femme en travail depuis trois jours. Epuisement.

Température 38°. Rupture prématurée des membranes depuis 30 heures. Bassin aplati rachitique. Tête au-dessus du D.S. Mauvaise adaptation fœto-pelvienne et fœto-segmentaire. Gros enfant.

Césarienne sur le segment inférieur précédée de l'exclusion du segment inférieur par suture péritonéale pariéto-viscérale.

Enfant vivant, 3.700 gr.

Drainage à la Mickulicz sur le segment inférieur exclu.

Guérison sans incident.

Observation II. — 22 juin 1933. Mme Vaz...

Travail long (36 heures) et inefficace. Disproportion fœto-pelvienne. Membranes rompues depuis 20 heures. Début d'infection amniotique.

Césarienne basse avec cul de sac péritonéal.

Suites opératoires normales.

Guérison sans incidents.

Observation III. — Mme Pan., 26 août 1933.

Femme en travail depuis trois jours. Température 38°6. Poul 110. Bassin généralement rétréci. Poche des eaux rompue depuis le début du travail.

Césarienne sur le segment inférieur, précédée de la formation d'un cul de sac péritonéal par suture péritonéale pariéto-viscérale.

Césarienne par le procédé habituel sur le segment inférieur.

Mickulicz sur la suture.

Guérison.

Observation IV. — 14 décembre 1933. Mme Afn...

Infection amniotique au début. Température 38°.

Pouls 110. Agitation légère. Langue un peu sèche.

Césarienne sur le segment inférieur. Cul de sac péritonéal.

Mickulicz.

Guérison sans incident.

Observation V. — 10 mai 1934. Mme Szte...

Bassin généralement rétréci. Dilatation du col à un franc. Inertie utérine complète depuis 18 heures.

Césarienne. Surjet de réunion pour formation d'un cul de sac du péritoine pariétal incisé transversalement et du péritoine viscéral incisé en V ouvert en haut.

Hystérotomie. Enfant mort-né : 3.650 gr.

Mickulicz.

Suites normales. Guérison sans incidents.

Observation VI. — 14 août 1934. Mme Kle...

Primipare de 40 ans. Anomalie de la dilatation du col par contracture spasmodique, n'ayant pas cédé aux médications anti-spasmodiques. Non progression de la présentation depuis 24 heures malgré des

contractions de bonne qualité. En travail depuis 48 heures. Membranes rompues depuis 33 heures. Bon état général.

Césarienne sur le segment inférieur avec exclusion du segment inférieur.

Mickulicz. Fille vivante : 3.300 gr.

Guérison sans incidents.

De ces six observations nouvelles, jointes aux observations précédemment recueillies à la Clinique Obstétricale de la Pitié, on peut dégager un certain nombre de données générales jusqu'alors, croyons-nous, rarement proposées.

Tout d'abord, nous insisterons sur la durée de l'ouverture de l'œuf, qui a atteint des chiffres pour le moins inusités dans les observations de cet ordre. Plusieurs d'entre elles ont dépassé 24 heures. Dans un cas, la rupture des membranes existait depuis trois jours ! Il semble en effet que certains auteurs aient attaché par trop d'importance à la date de rupture des membranes.

Deuxième point : la durée du travail. Certains auteurs se refusent à prolonger une épreuve du travail plus de deux heures après l'ouverture de l'œuf : il suffit de se reporter aux observations pour constater combien cette rigoureuse limite a été dépassée, et ce, nous y insistons, sans conséquence grave pour les malades.

Troisième point : il s'agit de la température et du pouls. Les observations montrent que la technique proposée permet de sauvegarder l'utérus de la femme malgré une température dépassant 38°, un pouls accéléré aux environs de 110, qui sont assurément des signes d'infection, sinon grave tout au moins indiscutable.

Ayant ainsi exposé toutes les observations de césariennes segmentaires avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz, effectuées depuis près de dix années à la Clinique de la Pitié, il nous semble superflu pour le moins, d'ajouter en quelque façon, à l'étonnante impression de sécurité et d'efficacité, qui se dégage de leur simple énumération. Et ce nous est un devoir, de rappeler la technique de cette opération, bien mise au point et réglée, dès 1932. Pour ce faire, nous nous reporterons fréquemment à l'exposé qu'en a fait M. Merger, dans un article déjà cité.

Avant toutes choses, rappelons les grandes idées directrices de la méthode :

1° Conserver l'incision segmentaire et ses avantages.

2° Exclure le segment inférieur de la grande cavité péritonéale avant l'hystérotomie, en suturant le péritoine pariétal au péritoine utérin.

3° Maintenir cette exclusion après la fermeture utérine.

4° Ne pas refermer la paroi sur un milieu infecté.

« Créer, autour de la suture utérine, un espace où l'on pourra appliquer et maintenir en place un sac de Mickulicz qui absorbera les sécrétions et le suintement de liquide filtrant entre les points de la suture utérine » (Chomé).

TECHNIQUE

1^{er} Temps.

Incision médiane sous-ombilicale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à la ligne blanche exclusivement.

2^e Temps.

Ouverture des gaines des droits et décollement des muscles.

L'incision de l'aponévrose est faite d'un côté un peu en dehors de la ligne médiane (1/2 cm. environ). Elle ouvre la gaine du droit, en respectant son feuillet postérieur. On utilise alors l'espace décollable situé entre le muscle en avant et le fascia transversalis en arrière. Le muscle libre dans sa gaine est facilement décollé au doigt ou à la compresse; le décollement est exsangue, il est moins délicat et plus sûr que celui qui utilise l'espace sous-péritonéal proprement dit entre péritoine et fascia transversalis. Il n'est pas nécessaire de pousser loin de décollement latéral grâce à l'utilisation, au temps suivant, de l'incision oblique. Pour décoller le droit opposé, il

faut ouvrir sa gaine de la même manière et utiliser le même espace clivable. Ainsi, sur la ligne médiane, après décollement bilatéral, la ligne blanche proprement dite reste attachée au fascia transversalis.

3^e Temps.

Incision en un temps des plans fascia transversalis et péritoine pariétal.

La section est amorcée aux ciseaux sur la ligne médiane à mi-chemin de la distance ombilico-pubienne ou un peu au-dessus ; à ce niveau, (au-dessous de l'arcade de Douglas) il n'existe plus de feuillet postérieur de la gaine des droits et seul le fascia transversalis sépare le muscle du péritoine. La section est poursuivie symétriquement de chaque côté suivant une ligne oblique en bas et en dehors, en direction de l'orifice inguinal profond ; l'aide maintient les droits réclinés sous l'écarteur de Hartmann. Au cours de cette section, on ne risque pas de léser l'artère épigastrique ni dans sa portion ascendante où elle suit la ligne orifice profonde du canal inguinal-ombilic, restant par conséquent plus en dehors, ni au niveau de sa crosse qui contourne immédiatement la partie inférieure et interne de l'orifice inguinal que l'incision n'atteint pas. On a ainsi obtenu une incision en V renversé dont l'angle d'écartement des branches est d'environ 90°. Le jour est dès lors suffisamment large sur la face antérieure du segment inférieur. Dans la suite de

l'intervention on n'emploie pas la valve sus-pubienne. La paroi est réclinée latéralement d'un côté ou de l'autre, ou des deux à la fois par les écarteurs de Hartmann que maintient un deuxième aide dont c'est le rôle exclusif, ou, si l'on dispose d'un seul aide, par un écarteur de Gosset.

4^e Temps.

Incision du péritoine pré-utérin. L'incision part de la ligne médiane à la partie haute du segment inférieur. Elle a la même forme que l'incision du péritoine pariétal, en V renversé, et lui est sensiblement parallèle. L'extrémité des branches du V s'arrête en deçà des pédicules vasculaires latéro-utérins.

5^e Temps.

Décollement du péritoine pré-segmentaire. Le décollement s'effectue sans difficulté et porte sur les deux lambeaux viscéraux supérieur et inférieur. En haut, il s'arrête à la zone d'adhérence, en bas, il est poussé loin et complété par le décollement de la vessie. Une pince en cœur réunit provisoirement les deux lambeaux inférieurs. La face antérieure du segment inférieur se trouve complètement libérée du péritoine viscéral suivant une surface losangique.

6^e Temps.

Suture du péritoine viscéral au péritoine pariétal. Pour que cette suture soit facile et correcte, « il faut

que les incisions des deux feuillets péritonéaux soient parallèles. L'incision longitudinale s'y serait mal prêtée, la présence de la vessie ne permettant pas d'inciser assez loin le péritoine utérin. L'incision transversale demandant un écartement considérable des muscles droits difficile à maintenir pendant l'opération, a été adoptée l'incision en V renversé qui ne bride pas du tout le champ opératoire et ne réclame qu'un écartement modéré des droits » (Chomé).

A. Il est essentiel de pratiquer une bonne suture des lambeaux supérieurs. Elle doit fermer complètement la grande cavité péritonéale et la séparer définitivement de la zone d'hystérotomie. Elle est en cela bien supérieure aux pinces à demeure. Un écueil est à éviter : la déchirure du péritoine dans la suite de l'intervention, en particulier la rupture du surjet de suture par distension forcée au moment de l'extraction de la tête fœtale. Ces considérations qui ont déjà donné à M. Chome l'idée de renforcer le péritoine pariétal par le fascia transversalis pour en assurer la solidité, ont conduit R. Merger à certains détails de technique que voici : le lambeau supérieur péritoine pariétal-fascia transversalis est uni au lambeau supérieur viscéral par deux surjets de catgut séparés, un pour chaque côté. Les points sont posés régulièrement à un demi-centimètre environ, mais l'aide doit maintenir le surjet sans tirer, pour ne pas froncer et par

conséquent rétrécir la ligne de suture. Le point passé qui maintient le fil après chaque aiguillée est préférable au surjet simple. Il est capital de bien placer les points extrêmes qui doivent assurer l'occlusion latérale intégrale de la grande cavité. On arrête le surjet sur l'extrémité latérale du lambeau inférieur. Cette suture ainsi correctement exécutée, descend latéralement plus bas que le cul de sac vésico-utérin toujours haut situé sur l'utérus gravide à terme. Il n'existe donc plus, entre les deux feuillets péritonéaux qu'un espace virtuel sans communication avec la grande cavité. On a en quelque sorte décalé vers le haut, le le cul-de-sac vésico-utérin.

B. Aussi est-il accessoire de réunir ces deux feuillets inférieurs l'un à l'autre. Pour leur laisser une laxité suffisante et conserver une surface segmentaire qui ne soit pas bridée par les sutures péritonéales, M. Merger ne place que trois points séparés pour solidariser les lambeaux péritonéaux inférieurs.

7^e Temps.

Hystérotomie. — Incision longitudinale du segment inférieur. L'emploi de l'aspirateur permet d'obtenir un bon assèchement du champ opératoire. La valve de Polosson est utilisée pour protéger la vessie au cours de l'incision.

8^e Temps.

Extraction du contenu utérin.

9^e Temps.

Suture du segment inférieur au catgut en deux plans.

10^e Temps.

Mise en place du Mickulicz. — Le sac est introduit sous le lambeau péritonéal inférieur et sous la vessie.

Il recouvre la totalité de la cicatrice utérine. Il est facile d'introduire une ou deux mèches à l'intérieur du sac. Le Mickulicz se trouve ainsi bien placé et bien maintenu en place dans la cavité artificiellement créée derrière la vessie, et ne risque pas d'être inefficace et trop facilement énucléé, comme il arrive lorsqu'on l'utilise au cours d'une césarienne segmentaire banale.

11^e Temps.

Fermeture de la paroi en deux plans. — Plan aponevrotique : l'aiguille prendra successivement l'aponévrose du grand droit du côté gauche, la ligne blanche restée accolée sur la ligne médiane au péritoine fascia transversalis, l'aponévrose du grand droit du côté droit. Plan cutané ¹.

A remarquer que la durée de l'intervention est à peine plus longue que celle de la césarienne segmentaire classique. En effet, si les sutures péritonéales doivent être exécutées avec soin, la fermeture gagne en rapidité.

1. Nous prions le lecteur de bien vouloir se reporter à l'article déjà cité de Merger, pour les figures explicatives.

Avantages de la technique :

1° *Pendant l'opération.* La grande cavité bien fermée met l'intestin à l'abri du champ opératoire. Il n'y a pas de risque de péritonite primitive.

2° *Après l'intervention.* La grande cavité reste en dehors de la zone infectée, les anses intestinales sont toujours à l'abri. Les risques de péritonite secondaire paraissent peu importants. Les espaces cellulaires n'ont pas été ouverts comme dans les techniques anciennes ; l'infection du tissu cellulaire n'est pas à craindre. Les liquides sont absorbés immédiatement par le Mickulicz.

3° *Reste à envisager l'avenir des opérées.* Or nous avons vu qu'une nouvelle grossesse était survenue chez une des opérées et qu'une césarienne segmentaire itérative fut pratiquée à terme sans difficulté suivant la technique classique. La fonction de reproduction reste donc intacte. De plus, sur l'utérus complètement involué, le péritoine a repris une disposition sensiblement normale. Le cul de sac vésico-utérin revient à sa place habituelle et la disparition très rapide du segment inférieur empêche la formation d'adhérences utéro-pariétales (signalées comme possibles par Michon), d'autant que le lambeau inférieur est d'abord interposé entre le segment inférieur et la paroi.

Ainsi l'opérée se trouve dans l'état d'une femme ayant subi une césarienne segmentaire banale, et l'on sait que la cicatrice segmentaire est de bonne qualité.

Enfin, comme le fait remarquer Merger, si, après l'intervention, l'infection continuait à évoluer, l'exécution d'une hystérectomie secondaire, tout en restant une opération importante, ne rencontrerait pas de difficulté du fait du décalage vers le haut du cul de sac vésico-utérin. Au reste, cette éventualité, qui n'a jusqu'à ce jour, pas été rencontrée, doit rester exceptionnelle, car ce procédé ne doit pas empiéter sur le domaine de l'hystérotomie d'emblée.

En résumé, il semble bien que le procédé de la césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur de Mickulicz, ait bien atteint le but que se proposaient ses auteurs et que nous rappelons ici :

1° Chez une parturiente en état d'infection ovulaire, quelque soit le degré de dilatation du col, pouvoir extraire sans le traumatiser, un enfant vivant.

2° Protéger la femme contre l'infection primitive du péritoine.

3° Protéger la femme contre l'infection secondaire du péritoine.

4° Pratiquer une opération qui ne crée pas d'anomalie anatomique appréciable, temporaire ou définitive.

5° Pratiquer une opération qui ne trouble pas la fonction de reproduction.

6° Eviter des suites opératoires pénibles.

L'expérimentation de la technique et les observations que nous rapportons montrent que ce but a été presque « idéalement » atteint.

INDICATIONS DE LA TECHNIQUE

La césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur prend ainsi, elle-même, de par ses possibilités, un domaine important, qui s'étend de l'indication formelle de l'hystérectomie, aux possibilités, à vrai dire encore mal définies, de la césarienne segmentaire classique.

En effet, dans les cas extrêmes, le choix du procédé opératoire est simple : césarienne segmentaire classique si l'on opère dès le début du travail, hystérectomie d'emblée, si l'infection amniotique est très sévère. Il n'en est pas de même dans les cas intermédiaires, où l'indication est plus difficile à poser. Elle découle de la valeur attribuée aux éléments du pronostic, aussi variera-t-elle suivant les cliniciens. Car c'est la seule observation clinique qui permet de porter un pronostic. Or, le parallélisme n'est pas constant entre les manifestations cliniques et la virulence réelle de l'infection. Cependant les apparences ne sont trompeuses que de temps en temps. Pour beaucoup d'auteurs la date opératoire est donnée par l'ouverture de l'œuf qu'on ne doit pas dépasser de plus de deux heures. Cette conception nous semble à vrai

dire un peu schématique et un peu trop mathématique dans sa rigueur. Elle prédispose également à l'abus des interventions césariennes « prophylactiques » dans l'épreuve du travail, à l'abus plus grave encore des hystérectomies chez les femmes vues plus tardivement, pour une cause ou pour une autre, comme il est fréquent tant à l'hôpital qu'en clientèle. Et il est indéniable que même après avoir dépassé largement cette limite la voie basse offre encore une grande sécurité. Il n'en est pas moins vrai qu'en raison de l'ouverture de l'œuf, on s'attachera toujours à dépister les signes d'infection ovulaire : élévation thermique, accélération du pouls, changement du facies, altération du liquide amniotique. Lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps, que des touchers suspects ou répétés ont été effectués, la température ne dépassant pas 38, l'état général étant bon, la technique que nous décrivons nous semble trouver son indication majeure. Elle nous paraît même devoir être proposée sur un pied d'égalité avec l'opération de Portes, lorsque l'infection est déclarée mais ne semble pas très grave chez une femme jeune et n'ayant pas d'enfant vivant, *a fortiori* chez une primipare jeune ; nous entendons par infection déclarée mais ne semblant pas très grave les cas où, par exemple, la température est au voisinage de 38, le pouls accéléré, le liquide amniotique odorant, mais où la langue reste humide, l'état général est encore bon.

CONCLUSIONS

I. La césarienne tardive ne comporte plus aujourd'hui les mêmes dangers qu'avant 1921.

II. Grâce à la précision des indications opératoires et à l'existence de techniques nouvelles, utilisant toutes l'incision segmentaire, l'emploi exclusif de la césarienne dite « prophylactique » n'est plus justifiée.

III. La césarienne segmentaire permet de pratiquer l'épreuve du travail et d'opérer alors que le contenu utérin offre des possibilités d'infection.

IV. Cependant, dans les cas tardifs et infectés, la césarienne segmentaire classique paraît elle-même insuffisante.

V. Une nouvelle technique réalisée par M. le Professeur Jeannin permet d'opérer avec plus de sécurité les cas suspects ou même infectés et de reculer les limites de l'hystérectomie, l'étude des observations de la clinique de la Pitié en apporte la preuve.

VI. Cette technique consiste essentiellement :

a) à exclure le segment inférieur de la grande cavité péritonéale avant l'hystérectomie.

b) à drainer directement la plaie opératoire utérine, grâce à l'application immédiate d'un Mickulicz.

Elle restreint particulièrement les risques de péritonite secondaire dans les suites de couches.

Vu:
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
JEANNIN

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Balard.** — *Notre expérience personnelle sur la Césarienne basse d'après 25 observations personnelles.*
- Beck.** — Ciecie cesatskie w. prypadkact zozonyck », Opérations césariennes dans les cas infectés, *Gynékologia Poloka*, 1930, p. 321.
- Cathala.** — « De la valeur de la Césarienne transpéritonéale basse », *Bull. gyn.*, 1926, p. 37.
- Chappaz.** — « Sur un cas de Césarienne haute extrapéritonéale », *Bull.*, 1930, p.
- Chapulliot.** — *Contribution à l'étude de la césarienne supra symphysaire transpéritonéale*, thèse, Alger, 1927.
- Chauvenet.** — « Césarienne classique et drainage par Mickulicz », *Soc. Obs. Bordeaux, Bull.*, 1929, p. 489.
- Couvelaire et Portes.** — « A propos de la Césarienne transpéritonéale basse », *Soc. Obst.*, nov. 1925, p. 647.
- Couvelaire.** — « Indications de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin », *Gyn. et Obstétrique*, 1921, p. 358.
- Derveaux.** — « Trois cas de césarienne classique avec œuf ouvert. Procédé de l'habillage utérin. Guérison », *Bulletin*, 1927, p. 140.
- Dubrisay Jeannin.** — *Précis d'obstétrique*, 7^e édit.
- Engelhard.** — *La césarienne tardive*, thèse, Paris, 1926.
- Favreau.** — « Les opérations césariennes et leurs indications », *La gynécologie*, 1931, p. 82.

- Gautret et Maon.** — « Réflexions sur les limites de la césarienne conservatrice », *Soc. Obst. de Bordeaux Bull.*, 1930, p. 663.
- Goulart de Andrade.** — « Operacao de Portes », *Revue Gyn. et Obs. du Brésil*, janv. 1927.
- Goussakoff.** — « Du choix de la méthode de l'opération césarienne », *Gyn. et Obs.*, 1930, 1^{er} sept., p. 419.
- Guéniot.** — « Opération césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus », *Bull.*, 1926.
- Jeannin.** — « L'opération césarienne tardive », *Leçon du jeudi de la Clinique Tarnier*.
- Juan Léon** — « Opération de Portes. Etude histologique des altérations subies par les trompes pendant leur extériorisation », *Société Obst.*, Buenos-Ayres 21 nov. 1929.
- Kower.** — « Opération césarienne (cés. haute) absolument extra-péritonéale », *Gyn. et Obst.*, 1929, 1^{er} sem., 0. 418.
- Lévy-Solal, Laennec, Delarue.** — « Evolution d'une gestation normale chez une femme ayant subi trois ans auparavant une césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus », *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 1928, p. 918.
- Lanos et Bazan.** — « Les dangers de l'opération de Portes », *Bull. Soc. Obs. de Buenos-Ayres*, 14 nov. 1929, *Bull. Soc. Obst.*, Paris 1931, p. 684.
- Merger.** — *La césarienne tardive, contribution à sa technique opératoire.*
— « Les indications des procédés opératoires » *Gyn. et Obs.*, déc. 1933.
- Macicias de Torres.** — « Tecnica de la sutura uterina en la cesarea classica », *Rev. esp. de Obst. y Gyn.*, Madrid, mai 1928.
- Oulié.** — « Cinq nouvelles observations d'extériorisation sous-cutanée de la cicatrice d'incision utérine après césarienne tardive », *Bull. Soc. gyn.*, 1927, p. 628.

Baucot. — « Quelques cas de césarienne transpéritonéales basses », *Bull. Soc.*, 1928, p. 48.

Portes et Séguy. — « Accouchement spontané chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne, suivie d'extériorisation de l'utérus », *Bull. Soc.*, 1928, p. 918.

Portes. — « La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus », *Gyn. et Obst.*, 1924.

Portes et Risacher. — « A propos de la césarienne transpéritonéale basse », *Bull.*, 1926.

Planell. — « Conception clinique actuelle de la césarienne de Portes », *Revista esp. de Obst. y Gyn.*, juillet 1925.

Risacher. — *Contribution à l'étude de l'infection amniotique dans ses rapports avec les opérations césariennes*, thèse, Paris, 1928.

Robindo Liguros. — « Consideracoes sobre a cesarienne segmentar transperitoneal », *Rev. Gyn. et Obst. du Brésil*, mai 1927.

Rosenfeld. — « A suggestion for drainage in cesarean asection », *Journal of Obst. and gyn.*, vol. XII, n° 2, 1926.

Ruiz Contreraz. — « Des abus de la césarienne et de ma méthode transpéritonéale », *Gyn. et Obst.*, 1929.

Sureau — *L'opération césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus*, thèse, Paris, 1927.

Serdukoff. — « Sur les procédés et les indications de la césarienne classique », *La Gynécologie*, 1927.

Weymeers et Nodan. — « Césarienne transpéritonéale basse », *Soc. belge. Bull.*, 1926.

